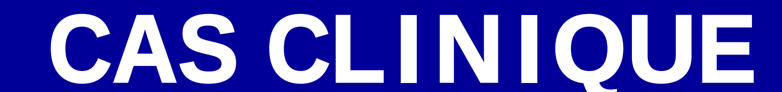

.Net
La faculté
Seek Knowledge






CAS CLINIQUE

Une patiente âgée de 42 ans, originaire d'Alger et y demeurant, mère de 5 enfants en bonne santé, enseignante de profession, fumeuse à raison de 15P/A.

Antécédents personnels:

*d'asthme bronchique depuis 30 ans, traité de façon anarchique par un traitement corticoïde inhalé (500 mg/j).

*d'une hospitalisation en réanimation l'année précédente.

*des recours fréquents aux urgences avec 03 hospitalisations pour crise d'asthme sévère

Antécédents familiaux :

*02 fils asthmatiques.

Histoire de la maladie

Elle présente une symptomatologie évoluant depuis 04 jours à type de toux avec expectoration verdâtre et dyspnée sibilante.

Examen clinique :

État général moyen, T°=38,5, FR = 29c/’, TA = 120/60, DEP : 250 l/mn (DEP théorique à 500l/mn), poids= 70 Kg.

Examen pleuro-pulmonaire : tirage sus sternal, avec à l’auscultation des sibilants aux 02 temps, et aux 02 champs pulmonaires + cyanose.

Examen cardiovasculaire : sans particularités , FC = 95 bat/’.

Le reste de l’examen somatique est normal.

QUESTIONS

1/ Complétez votre interrogatoire ?

2/Quels examens complémentaires demandez vous dans l'immédiat ?

3/Quel est votre attitude thérapeutique ?

4/Le traitement a été institué ; on note une amélioration de l'état de la patiente après 6 heures, avec FR (20c/mn) ,FC (80bt/mn) et un DEP a 400 l/mn. L'interrogatoire révèle que la patiente présente des symptômes nocturnes fréquents (2*semaines) et des symptômes diurnes quotidiens. Comment classez vous l'asthme présente par la patiente ?

5/A la sortie; quel traitement prescrivez vous ?

REPONSES

1/ INTERROGATOIRE :

-Traitement de fond du patient :

- corticoïdes au long cours.

-Autres facteurs de risque:

1 - Allergie médicamenteuse.

2 - RGO

3 - Observance thérapeutique

4 - Conditions socio-économiques

- Prise de médicament avant son arrivée (théophylline).

2 / EXAMENS:

*** Fonctionnels** :

Gazométrie :- PaO_2 : 58 mm/Hg
- $PaCo_2$: 38 mm/Hg
- PH : 7,40
- SaO_2 : 92%

*** FNS** : GB : 13400 elt/mm3
GR : 4,44. 106/mm3
Hb : 12,5g/dl
Plaquettes : 220800. elt/mm3
VGM : 89 mm3
CCMH : 33g/dl

***Radiologie** : pas dans l'immédiat (absence de foyer de condensation)

Si aggravation, demander radiographie thoracique.

3/ PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

-02 à 06 l/mn

-Nébulisation au sabutamol / 20 mn/H puis chaque heure

-CTC : 1mg/Kg de méthylprednisolone chaque 06 heures ou HHC 04-06 mg /Kg/6h.

-1 amp/en S/C de terbutaline (5mg)

-Amoxicilline 2g/j

-Contrôle + surveillance : pendant 06-12H

FR, FC, TA, DEP, coloration des téguments+ tirage

- Si amélioration avec DEP> 70%, Sortie 1 heure après la dernière nébulisation, garder le malade au moins 06 heures.
- Si réponse incomplète : continuer le même schéma
- Si aggravation :
  - Salbutamol a la seringue électrique.
  - CTC chaque 06 heures.
  - Théophylline.

4/ ASTHME PERSISTANT SEVERE AVEC DES FACTEURS DE RISQUE.

5 / SORTIE DU PATIENT :

5/a/- ORDONNANCE A LA SORTIE :

-Amoxicilline pendant 10 jours

-CTC per os pendant 8 jours

-Salbutamol en Spray à la demande

RDV dans une semaine (lettre pour son médecin).

5 / b / TRAITEMENT DE FOND

- Corticothérapie en spray, par forte dose (2000 µg/j).
- Bronchodilatateur de longue durée d'action (50 µg 2/j).
- Anticholinergique
- Théophylline Lp si inefficacité des CTC inhalés et bronchodilatateur de longue durée d'action.
- B2 mimétique de courte durée d'action,
- Prise de DEP à son domicile
- Le traitement sera modifier chaque 03 mois, avec un contrôle clinique chaque mois et si asthme non contrôlé rajouter : B2 LDA et/où théophylline et/où CTC peros.

5 / c / ECOLE DE L'ASTHME :

5 / d / EFR A DISTANCE DE LA CRISE :